

Изобретение относится к медицине, в частности к хирургии. Способ предназначен и может быть использован при хирургическом лечении опухолей головы и шеи, в частности ротоглотки.

Наиболее близким решением к заявляемому является "Способ операции на ротоглотке". Способ заключается в рассечении тканей нижней губы, подбородка, подчелюстной области, препарировании сформированных лоскутов, иссечении лимфатического аппарата шеи, резекции нижней челюсти и удалении опухоли.

Известный способ заключается в следующих технических оперативных приемах и состоит из нескольких этапов:

1. Рассекают красную кайму нижней губы на расстоянии 0,5-1,0 см от угла рта, продолжают разрез по границе красной каймы и кожи до угла рта, затем вниз по границе нижней губы и щеки до уровня на 1,5 см ниже края нижней челюсти;

2. Разрез кожи продолжают в подчелюстной области параллельно краю нижней челюсти на 1-1,5 см ниже его до переднего края грудно-ключично-сосцевидной мышцы;

3. Слизистая оболочка нижней губы рассекается вертикально вниз до уровня 1 см от альвеолярного отростка нижней челюсти и разрез продолжают до ретромолярной области;

4. После чего щечный кожно-слизистый лоскут отсепааровывают, получая ограниченный ветвью нижней челюсти доступ к полости рта и ротоглотке;

5. Следующим этапом производят резекцию нижней челюсти на уровне 7,8 зубов и шейки ее;

6. Перевязывают наружную сонную артерию выше уровня отхождения от нее лицевой и затылочной артерий;

7. Операцию продолжают в ротоглотке: производят краевую резекцию корня языка, мягкого неба, ретромолярной области, боковой стенки ротоглотки с включением небных миндалин. При этом авторы указывают на необходимость помнить о возможности повреждения внутренней сонной артерии;

8. Образовавшийся дефект закрывают при помощи одного из видов пластики: кожно-мышечным лоскутом с кивательной, трапециевидной или большой грудной мышцей.

При отсутствии регионарных метастазов авторы рекомендуют проводить "мобилизацию содержимого подчелюстного треугольника шеи на стороне поражения", а при наличии их "выполняется, по обычным методикам, фасциально-фулярное иссечение клетчатки шеи, либо операция Крайла".

Указанный способ имеет ряд недостатков:

1. Вертикальный разрез "по границе нижней губы и щеки до уровня на 1,5 см ниже края нижней челюсти" углубляет, увеличивает глубину подбородочной складки кожи, особенно при условии резекции ветви нижней челюсти, что ведет к смещению большего фрагмента ее и мягких тканей в сторону дефекта;

2. Функция щечной и краевой ветвей сохраняется частично, так как концевые ветви их доводят до средней линии, а при данном разрезе они пересекаются, что увеличивает деформацию нижней трети лица;

3. Из разреза в поднижнечелюстной области от границы нижней губы и щеки до переднего края кивательной мышцы, проведенного параллельно к краю нижней челюсти на 1-1,5 см ниже его, невозможно в полном объеме выполнить фасциально-фулярное иссечение клетчатки верхней трети шеи на стороне поражения;

4. Резекция ветви нижней челюсти на уровне 7,8 зубов опасна повреждением лицевой артерии и кровотечением из нее. Известно, что лицевая артерия прилегает к нижней челюсти и огибает ее именно на уровне 7, 8 зубов, у переднего края жевательной мышцы;

5. Перевязка наружной сонной артерии выше уровня отхождения от нее лицевой и затылочной артерий, то есть, сохранение кровообращения в данных сосудах нецелесообразно, так как от лицевой артерии отходит ее крупная ветвь - восходящая небная артерия, кровоснабжающая небную миндалину и боковую стенку ротоглотки. При удалении тканей ротоглотки пересечение и перевязка восходящей небной артерии становится обязательным этапом, достаточно сложным и опасным, учитывая близость расположения опухоли и послеоперационной раны от места перевязки сосуда. При операциях на ротоглотке и доступе к ней пересечение затылочной артерии также является частым оперативным приемом, в связи с чем сохранение кровообращения в ней нецелесообразно;

6. При удалении тканей ротоглотки авторы указывают на возможность и опасность повреждения внутренней сонной артерии, не предлагая технического приема для ее защиты. Из резецируемых мышц указывается, как правило, медиальная и латеральная крыловидные, являющиеся собственно жевательными. Эти мышцы не являются основными в акте глотания, подъема гортани и глотки. В то же время в блок резецируемых тканей ротоглотки входит важная группа мышц, обеспечивающая акт глотания: шилоподъязычная, шилоязычная, шилоглоточная, верхний сжиматель глотки, небо-язычная и небо-глоточная. Однако удаление такого обширного участка ротоглотки делает невозможным акт глотания при сохранении гортани.

Таким образом известные способы операций на ротоглотке имеют неудовлетворительный косметический эффект, травматичны и опасны повреждением лицевой и внутренней сонной артерии, а также нарушением акта глотания.

Задачей настоящего изобретения является создание способа хирургического лечения опухолей ротоглотки снижающего травматичность операции, опасность повреждения лицевой, восходящей небной и внутренней сонной артерий, вероятность метастазирования и рецидивирования, улучшающего косметический эффект и максимально учитывающего физиологические особенности ротоглотки.

Настоящая задача решается тем, что в "Способе хирургического лечения опухолей ротоглотки согласно изобретению рассечения тканей нижней губы производят по ее средней линии, затем разрез проводят в области подбородка на противоположной пораженной стороне, поворачивают в сторону поражения на уровне края нижней челюсти, в подчелюстной области продолжают рассечение по верхней шейной складке до кивательной мышцы, и иссечение лимфатического аппарата шеи производят в полном объеме, дополнительно рассекают заднее брюшко двубрюшной мышцы и под визуальным контролем внутренней

сонной артерии перевязывают наружную сонную артерию ниже лицевой артерии, причем удаление опухоли осуществляется единым блоком с резецируемой между 6 и 7 или за 8 зубами частью челюсти и тканями ротоглотки до глоточно - надгортанной складки и шилоглоточной мышцы.

Рассечение тканей в области подбородка на противоположной опухоли стороне и проведение разреза по верхней шейной складке до "кивательной" мышцы создает оптимальный доступ к лимфатическому аппарату верхней трети шеи и позволяет достигать выраженного косметического эффекта. Проведение линии резекции между 6-7 или за 8 зубами делает этот этап операции менее безопасным, вследствие сохранения лицевой артерии. Угрозу кровотечения во время операции и в послеоперационном периоде снижает также перевязка наружной сонной артерии ниже отхождения от нее лицевой артерии. Выделение внутренней сонной артерии создает условия для визуального контроля и защиты ее, что делает безопасным удаление опухоли. Сохранение функции глотания и гортани способствует оперативный прием при удалении опухоли, при котором сохраняется шилоглоточная мышца, обеспечивающая в дальнейшем компенсаторный механизм подъема гортани кверху и восстановление акта глотания.

Пример конкретного использования.

Пример 1. Больной М., 54 года, история болезни № 887, поступил в отделение "Опухоли головы и шеи" Винницкого областного онкодиспансера 19 декабря 1991 г. В стационаре был установлен диагноз: рак боковой стенки ротоглотки с переходом на мягкое небо и корень языка, контрактура нижней челюсти II степени, метастазы в лимфатические узлы шеи слева III ст., T3N1M0. Гистологическое заключение № 34053 от 27.12.91 г.: высокодифференцированный рак с метастазами в лимфоузлы шеи.

24.12.91 г. под наркозом с интубацией через трахеостому была произведена операция по разработанной нами методике "Удаление опухоли ротоглотки с резекцией ветви нижней челюсти, половинной резекцией языка, мягкого неба и пластикой дефекта кожно-мышечным лоскутом с включением грудинно-ключично-сосцевидной мышцы, фасциально-фулярное иссечение клетчатки шеи слева". Для доступа к ротоглотке был вскрыт кожно-слизистый лоскут нижней трети лица, причем линия разреза окаймляла подбородок с противоположной стороны и проходила затем по верхней шейной складке. После отпрепаровки мягких тканей нижней трети лица было произведено фасциально-фулярное иссечение клетчатки шеи, в полном объеме выделены общая и внутренняя сонные артерии до уровня ротоглотки. Наружная сонная артерия перевязана ниже отхождения от нее лицевой, а внутренняя сонная артерия покрыта салфеткой-протектором. Резекция нижней челюсти произведена на уровне между 6 и 7 зубами и мы Щелкового отростка. Во время удаления тканей левой половины ротоглотки и опухоли, кровотечение было минимальным. Граница удаления тканей ротоглотки проходила спереди от глоточно-надгортанной складки и шилоглоточная мышца сохранена. Образовавшийся дефект был закрыт островковым лоскутом кожи с грудинно-ключично-сосцевидной мышцей. Послеоперационное заживление проходило без осложнений. Швы были сняты на девятый день. Косметический и функциональный результат хороший. Функция глотания сохранена. В дальнейшем был проведен послеоперационный курс телегамматерапии, после чего больной в удовлетворительном состоянии выписан домой. Наблюдался в течение 2 лет без рецидива и метастазов.

По данной методике нами были оперированы 14 больных с хорошим косметическим и функциональным результатом. Число рецидивов опухоли уменьшилось с 30,8% (при известных видах операций) до 21,4%.

Предложенный способ удаления опухолей ротоглотки снижает травматичность операции и опасность повреждения лицевой восходящей небной и внутренней сонной артерий, снижает вероятность метастазирования и рецидивирования, расширяет объем и повышает радикальность операции, снижает число осложнений, улучшает косметический эффект и учитывает функциональные особенности ротоглотки